

# ИЗВЕЩЕНИЕ

## ОКРУГ

STATE OF CALIFORNIA  
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

(ADDRESSEE)

Дата извещения : \_\_\_\_\_  
Название дела : \_\_\_\_\_  
Номер Работник : \_\_\_\_\_  
Имя : \_\_\_\_\_  
Номер : \_\_\_\_\_  
Телефон : \_\_\_\_\_  
Адрес : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Вопросы? Обратитесь к работнику.

**Служение дела администрацией штата:** Если вы считаете, что это действие неправильно, вы можете попросить о слушании вашего дела администрацией штата. На обратной стороне этой страницы объясняется, как это сделать. Ваше пособие не изменится, если вы попросите о слушании до того, как это действие будет осуществлено.

- \_\_\_\_\_, по информации, имеющейся у нас, вы не:  
 Подписали план WTW\* \_\_\_\_\_ числа.  
 Участвовали в \_\_\_\_\_ числа.  
 Достигли хорошего прогресса в \_\_\_\_\_ задании т.к. \_\_\_\_\_.  
 Согласились на работу в \_\_\_\_\_.  
 Сохранили работу в \_\_\_\_\_.  
 Сохранили прежнюю сумму доходов.

### НАМ НЕОБХОДИМО ПОГОВОРИТЬ С ВАМИ

Чтобы избежать сокращения денежной помощи, мы должны поговорить с вами. Встреча с вами назначена на \_\_\_\_\_ число, в \_\_\_\_\_ часов, в \_\_\_\_\_. Если вам нужна помощь с транспортом или присмотром за детьми, чтобы прийти на встречу, позвоните работнику программы WTW, ведущему ваше дело по номеру телефона, указанному ниже.

Имя работника программы WTW: \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_

Если вы не можете прийти на встречу, вы должны позвонить работнику, чтобы назначить другое время. Если у вас нет уважительной причины, вы можете перенести встречу только один раз. Также, вы можете обсудить проблему с работником по телефону, вместо того, чтобы идти на встречу. Вы должны позвонить работнику, чтобы назначить новую встречу или для обсуждения проблемы по телефону до \_\_\_\_\_.

Во время собеседования у вас спросят, есть ли у вас уважительная причина ("достаточная причина") не выполнять то, что мы просили вас делать. Если мы удостоверимся, что у вас была уважительная причина, денежная помощь не уменьшится из-за этой проблемы. Некоторые примеры уважительных причин: не иметь присмотра за детьми, не иметь транспортного средства. Другие примеры уважительных причин перечислены в форме "Запрос для определения уважительной причины", высланной вместе с этим извещением.

Ваша денежная помощь не уменьшится, если вы сможете доказать нам, что во время выполнения задания WTW на вас не распространялось действие этих правил.

При невыполнении задания без уважительной на то причины, вы можете согласиться на выполнение плана обязательств, чтобы исполнить требования программы WTW. Сумма денежной помощи не уменьшится, если вы согласитесь на выполнение плана обязательств и будете выполнять его. Если вы согласитесь на выполнение плана обязательств и не будете ему следовать, сумма денежной помощи уменьшится. Если это произойдет, вы получите отдельное извещение.

**Правила:** Применены следующие правила, с которыми вы можете ознакомиться в отделе социального обеспечения: CalWORKS MPP § 42-712 (exemptions); 42-713 (good cause); 42-721 (noncompliance and good cause); Food Stamps MPP § 63.407.521.

### КАК ИЗБЕЖАТЬ УМЕНЬШЕНИЯ ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩИ

Если вы не сможете доказать нам, что у вас была уважительная причина для невыполнения того, что мы просили вас делать, с \_\_\_\_\_ числа денежная помощь вашей семьи будет уменьшена с \$ \_\_\_\_\_ до \$ \_\_\_\_\_. Если у вас нет уважительной причины, вы можете согласиться на план обязательств, чтобы избежать уменьшения денежной помощи. Если вы не согласны с планом обязательств, вы не получите отдельное извещение перед тем, как сумма вашей денежной помощи уменьшится.

Для дополнительной информации о том, как мы расчитали, сколько получит ваша семья, при уменьшении денежной помощи, см. следующую страницу. Мы не будем оплачивать транспортные расходы или расходы, связанные с работой или обучением, если вы перестанете получать денежную помощь. Возможно, мы будем платить за присмотр за детьми, если вы работаете или посещаете школу.

### КАК ВОССТАНОВИТЬ ДЕНЕЖНОЙ ПОМОЩЬ

Если сумма вашей денежной помощи была уменьшена, вы можете восстановить прежний размер денежной помощи, если вы имеете на это право, следующим образом:

- Обратившись в округ и сообщив о желании восстановить получение денежной помощи в прежнем размере; затем выполнять то, что округ скажет вам делать.
- Обратившись в округ не раньше, чем за 45 дней до \_\_\_\_\_ числа, и сообщить о своем желании восстановить денежную помощь; затем выполнять то, что округ скажет вам делать. Даже выполнив то, что от вас требовалось, денежная помощь не будет восстановлена ранее, чем \_\_\_\_\_.

Чтобы запросить округ восстановить денежную помощь, звоните \_\_\_\_\_.

Второй родитель в семье, \_\_\_\_\_, также может снова получить денежную помощь, если он/а имеет на это право, следующим образом:

- Обратившись в округ и сообщив о желании восстановить получение денежной помощи в прежнем размере; затем выполнять то, что округ скажет вам делать.
- Обратившись в округ не раньше, чем за 45 дней до \_\_\_\_\_ числа, и сообщить о своем желании восстановить денежную помощь; затем выполнять то, что округ скажет вам делать. Даже выполнив то, что от вас требовалось, денежная помощь не будет восстановлена ранее, чем \_\_\_\_\_.

**ВАМ НУЖНА БЕСПЛАТНАЯ ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ?** Вы можете получить бесплатную помощь по этому вопросу:

Районная юридическая консультация: ( )

Отдел защиты прав просителей/получателей социальной помощи:  
( )

**Талоны на питание:** Если из-за невыполнения требований программы WTW последовало взыскание программы талонов на питание, вы не сможете получить талоны на питание, как минимум, в течение 1, 3, или 6 месяцев. Если последовало взыскание программы талонов на питание, вы получите другое извещение, сообщающее вам, на какой срок были остановлены талоны на питание.

**Medi-Cal:** Это извещение НЕ изменяет и НЕ останавливает пособия Medi-Cal (Программа медицинской помощи штата Калифорния). **Храните вашу пластиковую карточку, удостоверяющую пособие.**

# ИЗВЕЩЕНИЕ

## (Продолжение)

Если вы не выполняли то, что мы просили вас делать без уважительной причины или не согласны выполнять план обязательств, денежная помощь изменится, начиная с \_\_\_\_\_, следующим образом:

### ОКРУГ

STATE OF CALIFORNIA  
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Дата извещения \_\_\_\_\_  
Дело \_\_\_\_\_  
Название \_\_\_\_\_  
Номер \_\_\_\_\_

### Сумма месячной денежной помощи

#### Раздел А. Учитываемый доход, месяц \_\_\_\_\_

Общий доход от предприятия . . . . . \$ \_\_\_\_\_

Расходы предприятия:

a. Стандартные 40% . . . . . - \_\_\_\_\_

ИЛИ

b. Реальные . . . . . - \_\_\_\_\_

Чистый доход от работы на себя . . . . . = \_\_\_\_\_

Суммарный незаработанный доход по нетрудоспособности

Группы, получающей помощь + лица, не относящиеся к этой группе . . . . . \$ \_\_\_\_\_

Скидка \$225 . . . . . - \_\_\_\_\_

Учитываемый доход по нетрудоспособности = \_\_\_\_\_

ИЛИ

Неиспользованная сумма от скидки в \$225 = \_\_\_\_\_

**Итого заработанный доход** . . . . . \$ \_\_\_\_\_

Чистый доход от работы на себя (сверху) . . + \_\_\_\_\_

Промежуточный итог . . . . . = \_\_\_\_\_

Неиспользованная сумма от скидки в \$225 (сверху)-

Промежуточный итог . . . . . = \_\_\_\_\_

Скидка с заработанного дохода 50% . . . . . - \_\_\_\_\_

Промежуточный итог . . . . . = \_\_\_\_\_

Учитываемый доход по нетрудоспособности (сверху) . . . . . + \_\_\_\_\_

Остальной учитываемый доход

(Группы, получающей помощь + лица, не относящиеся к этой группе) . . . . . + \_\_\_\_\_

**Чистый исчисляемый доход** . . . . . = \_\_\_\_\_

#### Раздел В. Ваша денежная помощь, месяц \_\_\_\_\_

1. Максимальная помощь на \_\_\_\_\_ лиц (Группа, получающая помощь + лица, не относящиеся к этой группе) . . . . . \$ \_\_\_\_\_

2. Особые потребности (Только группа, получающая помощь) . . . . . + \_\_\_\_\_

3. Чистый учитываемый доход из раздела А . . . - \_\_\_\_\_

4. Промежуточный итог . . . . . = \_\_\_\_\_

5. Максимальная помощь на \_\_\_\_\_ лиц (Только группа, получающая помощь) (За исключением оштрафованных лиц) . . . \$ \_\_\_\_\_

6. Особые потребности (Только группа, получающая помощь) . . . . . + \_\_\_\_\_

7. Промежуточный итог максимальной помощи = \_\_\_\_\_

#### 8. Промежуточный итог помощи на полный месяц

(Наименьшая сумма с линии 4 или 7) . . . . . = \_\_\_\_\_

9. Линия 8 пропорционально части месяца . . . . . = \_\_\_\_\_

10. Поправка:

25% Санкции на алименты на ребенка . . . . . - \_\_\_\_\_

**Переплата** . . . . . - \_\_\_\_\_

**Другие санкции** . . . . . - \_\_\_\_\_

**Вознаграждение** . . . . . + \_\_\_\_\_

#### 11. Месячная сумма денежной помощи

(Линия 8 или 9 с поправкой) . . . . . = \_\_\_\_\_

## ВАШИ ПРАВА НА СЛУШАНИЕ

Если вы не согласны с действием принятым округом, вы имеете право попросить о слушании вашего дела администрацией штата. У вас есть только 90 дней, чтобы попросить о слушании. 90 дней начались на следующий день после вручения или отправки вам этого извещения.

Если вы попросите о слушании до того как действие по программам Cash Aid (денежной помощи), Medi-Cal (Медицинской помощи), Food Stamps (Талонов на питание) или Child Care (Присмотр за детьми) вступит в действие:

- Ваша денежная помощь или медицинская помощь останется без изменения, пока вы ожидаете слушания.
- Ваши услуги по присмотру за детьми могут остаться без изменения, пока вы ожидаете слушания.
- Ваши талоны на питание останутся без изменения до слушания или окончания периода, на который одобряется помощь, смотря что наступит ранее.

Если слушание решит, что мы правы, вы будете должны нам любые переплаченные суммы по услугам программ Cash Aid, Food Stamps или Child Care. Для разрешения нам уменьшить или остановить ваши льготы до слушания, отметьте ниже: Да, уменьшите или остановите:

Cash Aid       Food Stamps       Child Care

Пока вы ожидаете решения слушания по программам:

### Welfare to Work:

Вы не должны принимать участие в деятельности.

Вы можете получать платежи по программе присмотра за детьми во время работы и для деятельности утвержденной округом до этого извещения.

Если мы сказали, что платежи на другие вспомогательные услуги остановятся, вы не получите платежи даже, если вы станете участвовать в деятельности.

Если мы сказали, что вы получите платежи на другие вспомогательные услуги, то они будут выплачены в сумме и виде, указанном в извещении.

- Для получения этих вспомогательных услуг, вы обязаны участвовать в деятельности, указанной округом.
- Если сумма вспомогательных услуг, выплачиваемых округом, пока вы ожидаете решения недостаточна, чтобы позволить вам участвовать, вы можете прекратить посещать деятельность.

### Cal-Learn:

- Вы не можете участвовать в программе Cal-Learn, если мы сказали, что не можем обслуживать вас.
- Мы будем оплачивать вспомогательные услуги программы Cal-Learn, только при посещении утвержденной округом деятельности.

### ПРОЧАЯ ИНФОРМАЦИЯ

**Лица, получающие услуги от плана, который находится под руководством Medi-Cal:** Действие этого извещения может остановить получаемые вами услуги от плана здравоохранения. Если у вас есть вопросы, вы можете обратиться в организацию, предоставляющую услуги по здравоохранению.

**Медицинская поддержка и/или алименты на детей:** Местное агентство по помощи детям бесплатно поможет вам взыскать алименты даже если вы не получаете денежную помощь. Если они взыскивают алименты для вас в настоящее время, они будут продолжать это делать, пока вы не попросите их, в письменном виде, прекратить взыскания. Они будут высылать вам взысканные алименты, но будут удерживать суммы, срок уплаты которых истек и которые представляют долг округа.

**Планирование семьи:** Отдел социального обеспечения даст вам информацию по вашей просьбе.

**Дело для слушания:** Если вы попросите о слушании, отдел слушаний штата заведет на вас дело. Вы имеете право видеть это дело до слушания и получить копию позиции округа по поводу вашего дела как минимум за два дня до слушания. Штат может дать ваше дело о слушании Департаменту Социального Обеспечения и департаментам Здравоохранения и Гуманитарной Помощи и Социальных Услуг Соединенных Штатов. (**W&I Code Sections 10850 и 10950.**)

## ЧТОБЫ ПОПРОСИТЬ О СЛУШАНИИ:

- Заполните эту страницу.
- Сделайте копии с обеих сторон этого листа для своего архива.  
По вашей просьбе, ваш работник сделает вам копии с этого листа.
- Отправьте или отнесите этот лист по адресу:

### ИЛИ

- Позвоните по бесплатному номеру: 1-800-952-5253 или для лиц с нарушенным слухом или речью и пользующихся TDD, звоните бесплатно 1-800-952-8349.

**Для получения помощи:** Вы можете узнать о ваших правах о слушании или для направления на бесплатную юридическую помощь по бесплатному номеру телефона штата, указанному выше. Вы можете получить бесплатную юридическую помощь в местном отделе юридической помощи или в отделе защиты прав лиц, получающих социальную помощь.

**Если вы не хотите идти на слушание сами, вы можете привести с собой друга или любое другое лицо.**

### ПРОСЬБА О СЛУШАНИИ

Я прошу слушание по поводу действия Департамента Социального Обеспечения округа \_\_\_\_\_ в отношении:

- денежной помощи       талонов на питание  
 Medi-Cal  
 другого (перечислите) \_\_\_\_\_

Причина: \_\_\_\_\_

Если вам нужно больше места, отметьте этот квадрат и добавьте еще лист.

Я прошу штат предоставить мне бесплатного переводчика. (Родственник или друг не может переводить вам на слушании)

Мой язык или диалект: \_\_\_\_\_

имя лица, которому было отказано в льготах или льготы были остановлены или изменены

ДАТА РОЖДЕНИЯ \_\_\_\_\_ НОМЕР ТЕЛЕФОНА \_\_\_\_\_

АДРЕС \_\_\_\_\_

ГОРОД \_\_\_\_\_ ШТАТ \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС \_\_\_\_\_

ПОДПИСЬ \_\_\_\_\_ ДАТА \_\_\_\_\_

Имя лица, заполнившего эту анкету \_\_\_\_\_ НОМЕР ТЕЛЕФОНА \_\_\_\_\_

Я хочу, чтобы указанное ниже лицо представляло меня на слушании. Я разрешаю этому человеку видеть мое дело или прийти на слушание от моего имени. (Это лицо может быть вашим другом или родственником но не может переводить для вас.)

Имя \_\_\_\_\_ НОМЕР ТЕЛЕФОНА \_\_\_\_\_

АДРЕС \_\_\_\_\_

ГОРОД \_\_\_\_\_ ШТАТ \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС \_\_\_\_\_